

Dos estreitamentos congênitos da uretra

Dr. Alfeu Medeiros

Bem estudados por Bazy e seu aluno Foisy, os estreitamentos congênitos são quasi sempre contemporâneos de outras malformações (hipospadia, divertículos, etc.) Pensam os especialistas, e com razão, que a etiologia da angústia congênita da uretra está na falta de reabsorção da rolha cloacal ou da parede epitelial. Aquela malformação produz o estreitamento da uretra posterior e esta o da glândula. Englisch, citado por Cabot, acredita que muitos dos estreitamentos considerados congênitos são conseqüência de uretrites não gonocócicas da infância, devidas a balanites, masturbação, exantemas. Em nenhum dos casos que vamos apresentar ha malformações acompanhando os estreitamentos. A séde destes foi a uretra membranosa, o que, em geral, não é a regra. Cabot, com efeito, diz que o sítio favorito é o meato e o denominado segundo meato, isto é, a entrada e saída da região navicular; qualquer outra localização é excepcional. Para Keyes tanto a região navicular como a membranosa podem apresentar-se estreitadas desde o nascimento. Koll tem o mesmo pensamento e Smith vai mais longe, proclamando que o estreitamento da uretra posterior é sempre congênito. Do que temos visto em nosso serviço podemos concluir que é predominante o número de atresias do meato. Estas porém dão muito raramente perturbações urinárias. Somente a necessidade de introduzir na uretra grossos aparelhos, com variados fins, explica o grande número de meatotomias que se praticam diariamente. Dos nossos doentes dois apresentam sinais evidentes de heredo-sífilis, o que para Legueu é susceptível de exercer uma certa influência no desenvolvimento de taes estreitamentos. Cabot descreve 4 tipos clínicos de estreitamentos congênitos. Filiam-se os nossos casos á segunda variedade, caracterizada

pela aparição precoce da disúria que se mostra entre 5 e 10 annos. O primeiro tipo só tem importância sob o ponto de vista obstétrico. Da atresia, demasiadamente cerrada para ser compátivel com a vida, resulta enorme dilatação dos rins o que crea uma grave distocia. Já que nos referimos ás duas primeiras categorias de estreitamentos congênitos, digamos, para ser completos, que, no terceiro tipo clínico, a estenose é menos acentuada de modo a só ser descoberta quando uma uretrite chama a atenção do clínico para ela. Se a uretrite for gonocócica a verdadeira causa do estreitamento é ignorada. Por isso Bazy pensa que os estreitamentos congênitos são muito mais comuns do que supomos. No 2.º tipo colocam-se os estreitamentos do meato. 1.ª observação: Valter C. F., com 5 annos de idade, teve sempre dificuldade para urinar. Aos dois annos passou uma noite e um dia sem poder urinar. (?) Os esforços que acompanham as micções produzem-lhe um prolapso da mucosa do recto. Ha um anno e meio uma retenção completa obriga-o a sondar-se. Um competente especialista passa-lhe uma vela filiforme que deixa em permanência durante 48 horas. Em seguida ensaia a dilatação progressiva, chegando ao n.º 8 da escala francesa. As retenções, porém, continuam e surge a infecção urinária, como era fácil de esperar em vista das dificuldades que aos curativos opõe o pequeno enfermo de uma indocilidade lamentável. As urinas são francamente turvas pelo pus e a temperatura é elevada. Estabelece-se a falsa incontinência pelo "trop plein" da bexiga. Nesse estado vem o pequeno enfermo ao nosso consultório. Criança bem desenvolvida, sem sinais de sífilis hereditária, foi alimentada com leite de peito até 8 mezes. Com essa idade teve atrepsia que foi combatida com injecções de agua do mar e

regimen apropriado. Nunca teve febres eruptivas ou outra qualquer molestia grave a não ser o estado referido. Paes e 4 irmãos são todos fortes.

Ao exame o globo vesical apresenta-se acima do umbigo, rins dolorosos e muito aumentados, urinas turvas, albumina 4gr.50, temperatura 39°5. Tentamos passar um explorador n.º 8 e não conseguimos. Fazemos penetrar uma filiforme que fica em permanência durante 24 horas. A bexiga esvazia-se completamente, mas a infecção continúa. Substituímos a vela filiforme por uma sonda n.º 8 que é aproveitada para lavagens vesicaes com nitrato de prata e ocsicianeto de mercúrio. A urotropina é empregada internamente. Mantém-se a infecção apesar desse tratamento. O estado geral agrava-se rapidamente: *facies* descorado e subictérico, emagrecimento notável, albumina 5 gram., febre alta, inapetência absoluta, diarreia intensa. Atribuímos a ineficácia das medidas adoptadas á *drenagem* insufficiente pela pequena sonda que se obstróe frequentemente pela urina espessa e purulenta.

Diante de uma situação tam grave, necessitando uma intervenção mais radical, fazemos uma cistostomia em Novembro do ano passado. Os resultados desta operação não se fazem esperar. A temperatura cae em 36 horas, as urinas clarificam-se em poucos dias, o estado geral começa a melhorar, volta o apetite, a diarreia desaparece, os rins deixam de ser palpaveis, a albumina deminue cada vez mais. Mez e meio depois da fistula vesical a transformação era completa. Na mesma sessão operatória fazemos a uretrotomia interna com o uretrotomo de Albarran, na gradação 14. Feita a uretrotomia interna, a dilatação é continuada até o n.º 15, que é mantido. Pela fístula fazem-se lavagens quotidianas com nitrato de prato e ocsicianeto de mercurio. Estando a uretra sufficientemente larga, fechamos a fistula, sob a anestesia pelo éter, em Agosto do corrente ano e continuamos a passar velas de borracha de 15 em 15 dias para conservar o calibre obtido. Actualmente a cura é completa. Esta observação é interessante porque mostra o valor da cistostomia

mesmo *in extremis*. A infecção havia ganho os rins e bacinetes e o estado do enfermo era dos mais precários. 2.ª observação: L. D., com 19 anos, sofre crises de retenção desde 7 anos de idade. Essas crises urinárias repetem-se com freqüência e duram, ás vezes, muitos dias. Nos intervalos as micções fazem-se bem. Nunca houve hematúria. O exame dos testiculos, próstata, vesículas é negativo. Urinas são límpidas, sem albumina. A reacção de Wassermann é fracamente positiva. Nunca teve uretrite. Aos 9 anos foi operado em Montevideo. Não tendo havido dilatação consecutiva, os mesmos fenómenos reproduzem-se seis mezes depois, para assim conservarem-se com alternativas até a época em que o operamos. Um explorador de bola n.º 8 revela um estreitamento duro e fibroso na uretra membranosa. Feita a uretrotomia interna a uretra foi dilatada até o bênioquê 45, havendo desaparecido por completo a disúria e as crises de retenção.

Ao cistoscópio a bexiga apresenta-se como uma hexiga em colunas, de capacidade ainda aumentada, com orificios uretraes normaes. 3.ª observação: Riograndino P. B., com 16 anos de idade. Desde muito pequeno tem disuria e incontinência nocturna de urina que persiste até os seus 10 anos. Teve diversas retenções agudas. Morando na campanha, recorria a banhos quentes demorados, cataplasmas sobre o ventre, com o que podia urinar depois de muitos esforços. Um médico da cidade mais próxima, varias vezes, tenta sonda-lo sem o conseguir. As crises de retenção repetem-se mais ou menos intervaldas, até que vemos o doente em princípios do ano passado. Nunca houve supuração na uretra.

O exame dos testiculos, próstata, vesículas é negativo. No seu passado não se registam molestias de importância. A reacção de Wassermann é fracamente positiva. Paes e irmãos fortes sem passado urinário. Depois de anestesiada a uretra pela alpina, pois o paciente é muito nervoso, ensaiamos passar um explorador. Só o n.º 6 vence o obstáculo na uretra membranosa e nos dá a nítida sensação de um anel fibroso nessa porção da uretra. Iniciamos a dilata-

ção por velas muito finas. A começo, cada sessão, trazia uma retenção, apesar do cuidado de só empregar velas de acordo com o calibre reduzido da uretra, que não parecia ceder. Depois de varias sessões a uretra tilata-se, ganhando, ao menos, um número, de dois em dois dias. Conseguimos evitar a uretrotomia chegando a dilatação ao *béniqué* 55. Depois do n.º 14 nunca

mais houve retenção e o paciente começou a urinar facilmente. Ao citoscópio o aspecto da bexiga deste paciente é muito semelhante ao descrito na observação anterior. Não têm estas duas últimas observações o mesmo interesse da primeira que foi revestida de accidentes muito graves; entretanto a raridade dos casos justifica a sua publicação.